

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N° 22

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert PILLOT

Né le 9 Mars 1895 à Rivarennès (Indre-et-Loire)

Considérations médico-légales

SUR UN CAS DE

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE LATENTE

Président : M. CH. ACHARD

ANGERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE ET DE PUBLICITÉ

26-28, BOULEVARD DU CHATEAU, 26-28

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N^o 22

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert PILLOT

Né le 9 Mars 1895 à Rivarennes (Indre-et-Loire)

Considérations médico-légales



SUR UN CAS DE

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE LATENTE

Président : M. CH. ACHARD

ANGERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE ET DE PUBLICITÉ

27-28, BOULEVARD DU CHATEAU, 26-28

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER.

Professeurs

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
— médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	BROCA ANDRÉ
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBE.
Pathologie médicale.....	N.
Pathologie chirurgicale.....	N.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Opérations et appareils.....	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	LÉON BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine, et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL
— des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	DUPRÉ.
— des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
— des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
— des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LA PERSONNE.
— des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
— gynécologique.....	J.-L. FAURE.
— chirurgicale infantile.....	BROCA.
— thérapeutique.....	VAQUEZ.
— oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (HENRI)	MOCQUOT	ROUVIERE
J. CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN.
DESMARETS	LENORMAND	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

L'assemblée délibérative en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE
ET A MON GRAND-PÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
D'ANGERS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔTEL DIEU D'ANGERS

AU DOCTEUR TURLAIS
Professeur de Physiologie
Chef de service à l'Hôtel Dieu d'Angers

Il a bien voulu nous inspirer ce
travail et nous aider de ses conseils.
Nous tenons à l'assurer de notre
bien vive gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
LE PROFESSEUR ACHARD
Professeur de clinique médicale à l'hôpital Beaujon

Qu'il veuille bien agréer l'expres-
sion de nos remerciements pour le
grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de notre
thèse.

AVANT-PROPOS

Pendant la guerre, il nous a été permis de traiter, sous la direction de notre maître, le Docteur Turlais, plusieurs cas de méningite cérébro-spinale. Parmi elles, nous en avons trouvé deux ayant eu un caractère de latence particulière, dont une nous paraissant avoir été en rapport avec un traumatisme.

Cette dernière ayant donné lieu à une intervention médico-légale, il nous a paru intéressant de la publier et d'entreprendre à la suite ce travail, heureux si nous avons pu contribuer dans une faible proportion à solutionner de tels problèmes.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

SUR UN CAS DE

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE LATENTE

CHAPITRE PREMIER

Après un ou deux jours de vague malaise, la méningite cérébro-spinale a généralement un début brusque et violent, caractérisé par des frissons, une température de 39°5 ou de 40°, et des vomissements; en même temps, une céphalée intense apparaît, céphalée surtout occipitale. La ponction lombaire faite à ce moment, donne presque toujours un liquide louche, contenant du méningococcoque.

Dans des cas exceptionnels, le début peut se faire par une crise convulsive ou par une perte de connaissance (début apoplectique et comateux).

Après ces violents symptômes, le tableau se complète rapidement et présente de nouveaux caractères que nous n'avons pas l'intention d'étudier dans ce travail.

Ce tableau du début, dont nous venons de tracer un aperçu, ne conserve pas toujours cette même modalité clinique et varie suivant différentes formes connues : nous avons ainsi les méningites foudroyantes, atténuées et les méningites latentes.

Dans la méningite cérébro-spinale foudroyante, la mort arrive en quelques heures. Cette forme est désignée par les Anglais « black death » (mort noire) en raison des éruptions purpuriques qui l'accompagnent. Là, le début est inopiné ; on a vu des militaires soudainement frappés dans

la rue ou à l'exercice, des enfants au milieu de leurs jeux ou pendant leur sommeil, quelquefois, il est apoplectiforme. Nous nous trouvons ici en présence d'un cas à évolution courte à marche rapide, caractérisé par une profonde atteinte de l'organisme.

Les formes atténuées ont un début et une symptomatologie moins bruyants que dans les formes précédentes; elles s'observent au cours des épidémies, comme les embarras gastriques au cours des épidémies de fièvre typhoïde. Elles prennent l'aspect d'affections diverses et il serait facile de s'égarer dans le diagnostic, car les symptômes magistraux, font quelquefois défaut, sauf le signe de Kernig qui disparaît rarement et les caractères du liquide céphalo-rachidien qui sont les mêmes que ceux fournis par une méningite cerebro-spinale de forme commune.

En résumé, d'une façon habituelle la méningite cérébro-spinale se présente sous trois aspects distincts : la forme classique avec toutes ses modalités symptomatiques, la forme foudroyante, et enfin des formes latentes sur lesquelles nous voudrions particulièrement insister.

Après ces quelques lignes réservées aux différentes formes habituelles de cette affection nous allons passer à l'observation qui a motivé ce travail.

CHAPITRE II.

OBSERVATION I

Le 24 février 1918, le jeune X..., soldat au ... d'Infanterie, vient en bicyclette à la gare, prendre le train de permissionnaires pour rejoindre son régiment; il heurte alors une voiture et tombe. Il se relève seul et, comme il est ensanglanté, on le conduit à l'hôpital.

Il présente des plaies contuses superficielles, siégeant au niveau du côté gauche de la face ; ces plaies sont désinfectées et lavées avec soin, puis un pansement est appliqué. A ce moment, le blessé ne présente aucune autre manifestation pathologique apparente.

Le malade n'accuse aucun antécédent héréditaire et personnel. Il explique mal l'accident dont il vient d'être victime et semble être légèrement obnubilé, obnubilation mise sur le compte de l'émotion par X... lui même. Après quelques heures, il se considère remis de cette chute, possède ses facultés, demande à s'alimenter et à suivre le sort commun de ses camarades de la salle.

L'examen fait par le médecin traitant le lendemain donne ce qui suit :

Rien de particulier du côté des poumons, le murmure vésiculaire est normal, le malade ne tousse ni ne crache. Les bruits du cœur sont également normaux, sans modification orificielle. Mictions régulières, urines normales.) Abdomen souple, sans aucune trace de réaction contusionnelle. Rien d'appréciable du côté du système neuro-musculaire, le malade pouvait marcher après son accident. Ce-

pendant sa température est prise et le thermomètre indique 38°.

Pendant quinze jours, rien d'anormal, sauf la température qui se maintient aux environs de 38°. Le malade a toutes ses facultés, s'alimente comme tout le monde, vivant au lit de la vie des camarades qui sont couchés, ne se plaignant de rien.

Cependant, cette température persistante étonne un peu l'entourage et le malade est de nouveau examiné dans tous ses détails. Les plaies de la face sont complètement guéries, les pansements ont été supprimés. Le malade a maigri, se sent fatigué et commence à accuser quelques maux de tête; en somme, il se sent moins bien qu'à son arrivée.

Ce qui frappe surtout au premier abord, c'est qu'il est étendu dans son lit avec une certaine rigidité. Si on le fait asseoir, il fait un certain effort, le tronc manque de souplesse, et le cou est un peu rigide, ses mouvements de rotation sont difficiles. S'il est assis, les jambes se mettent en flexion sur les cuisses. Les différents appareils sont intacts; pas de discordance entre le pouls et la température, les urines sont un peu chargées et une légère constipation est apparue. Le diagnostic d'état méningé est alors porté et une ponction lombaire est pratiquée, ramenant un liquide franchement louche qui, examiné le soir même, montre de nombreux méningocoques et des polynucléaires. Le diagnostic de méningite cérébro-spinale est confirmé et le traitement mis immédiatement en jeu.

Pendant 3 jours, il lui est fait 40^{oms} de sérum anti-méningococcique. Il semble se manifester une certaine détente, la raideur paraît moins vive, la température tombe à 37°5 et le malade se sent mieux.

Le quatrième jour, l'examen du liquide céphalo-rachidien montre encore des méningocoques et un grand nombre de polynucléaires; on continue le traitement, une nouvelle injection de 40^{oms} de sérum est faite. Mais, le lendemain, nouvelle réaction fébrile, raideur plus accentuée, en somme, état moins satisfaisant.

Les injections sont suspendues pendant trois jours, puis reprises; elles sont un peu moins douloureuses; la température est moins élevée; mais l'amélioration n'apparaît pas et ainsi, on passe par une série de phases incertaines dans

lesquelles la maladie paraît quelquefois s'améliorer, d'autres fois s'aggraver. Le liquide céphalo-rachidien reste trouble et avec les mêmes caractères quoi qu'on fasse.

Le malade maigrit, se cachectise, s'alimente mal, se met à vomir; il décline peu à peu et meurt trois semaines après le début du traitement. L'autopsie est faite et donne les résultats suivants :

« Exsudat purulent occupant les méninges cranien-
nes et rachidiennes, formant sur le cerveau un enduit
jaune-verdâtre, surtout épais vers la base, se laissant faci-
lement détacher. Les méninges sont épaissies et n'adhèrent
que par places avec la substance cérébrale. Les ventricules
ne contiennent pas de pus. Les autres oragnes sont nor-
maux.

Nous nous trouvions donc en présence d'une méningite
cérébro-spinale dont les symptômes de la période d'état
étaient analogues à la forme commune, mais ayant eu une
période d'incubation longue, sans symptômes nets, ayant
égaré pendant quelques jours le diagnostic. Nous avions
donc la forme latente signalée déjà par MM. Bonnel et Jol-
train dans le bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux
du 21 janvier 1916 (nous publierons plus loin, leurs ob-
servations ainsi qu'une autre, observée par le D^r Turlais
en 1916).

Le rhino pharynx des malades de la salle fut examiné,
un ensemencement fait. Il y eut soixante-cinq pour cent de
cas positifs au meningocoque et pourtant jamais cette salle
n'abrita de meningitiques.

Peut être X... avait-il manifesté dans les jours précédant
sa chute quelques symptômes de rhino-pharyngite banale.

Un fait que nous ne pouvons pas préciser, c'est le mo-
ment auquel s'est fait l'envahissement de ses espaces sous-
arachnoïdiens. Pendant plusieurs jours, rien ne pouvait
mettre sur la voie du diagnostic d'état méningé; la tempé-
rature installée aussitôt l'accident, n'a subi que quelques
rémissions de courte durée et de faible amplitude, ce n'est
que la céphalie et la raideur qui ont pu nous guider.

Il est impossible que le malade se soit infecté à l'hôpi-
tal, aucun cas de ce genre n'ayant pénétré dans la salle.
Si notre attention avait été dirigée, dès le début, vers un
état méningé en évolution, nous eussions pu alors retrou-

ver quelques symptômes à peine ébauchés de méningite cérébro-spinale, dont la ponction lombaire nous eût donné confirmation.

Cet état eût peut-être pu se prolonger encore plus longtemps, si, devant les symptômes négatifs qui nous avaient fait éliminer nécessairement divers diagnostics, nous n'avions fait un examen complet du malade et découvert tout à fait par hasard, une localisation de ce processus infectieux sur l'axe cérébro-spinal.

Cela est d'autant plus saisissant que les phénomènes observés cadrent mal avec les idées classiques que l'on a sur la méningite cérébro-spinale à méningocoque, dont le début dramatique et la brusquerie des symptômes sont un des meilleurs éléments de diagnostic.

Devant une mort relativement aussi inattendue d'après le début de la maladie, la famille crut devoir intervenir et rechercher les responsabilités : leur fils était mort à la suite d'un accident. Était donc responsable le conducteur de la voiture dans laquelle s'était jeté X... ou le médecin qui n'avait su diagnostiquer plus tôt la méningite et qui, de ce fait, n'avait pu mettre aussitôt en œuvre le traitement dont aurait pu bénéficier le malade. Un médecin expert fut donc nommé, chargé de faire l'autopsie; ayant appris qu'elle avait été faite dans les vingt-quatre heures après la mort, il vint nous demander nos conclusions.

Nous ne rechercherons pas ici la responsabilité du conducteur de voiture, ce qui appartient à la justice, mais seulement celle du médecin traitant que nous essaierons, dans la mesure de notre possible, de dégager.

Le problème se pose alors de trois façons, dont chacune fera l'objet d'un chapitre.

CHAPITRE III

La première des choses qui nous vient à l'esprit est la suivante : Notre malade était-il déjà atteint de méningite cérébro-spinale au moment de l'accident. Autrement dit avait-il présenté dans les jours précédents quelques troubles prémonitoires tels que, par exemple, des vertiges; des renseignements pris auprès de sa famille, il résulterait que notre sujet avait l'apparence d'une santé satisfaisante. Il ne faut cependant pas exclure cette idée car il pouvait être atteint d'une affection latente ne se manifestant par aucun trouble objectif; d'ailleurs l'examen pratiqué à son entrée à l'hôpital par le médecin traitant n'avait rien révélé dans le sens d'une affection méningée.

Sans être très fréquentes, les méningites cérébro-spinales latentes sont pourtant signalées, notamment par : MM. Bonnel et Joltrain dans une communication à la société médicale des hôpitaux et nous sommes heureux de publier une seconde observation personnelle de notre maître, le D' Tur-lais.

OBSERVATION II

En 1916, nous recevons à l'hôpital le nommé M..., venant d'un hôpital voisin dans les conditions suivantes :

Fatigué à la caserne, M... demande à passer la visite, le 4 février, il se sent les jambes faibles, se trouve sans forces

et présente un aspect général assez peu satisfaisant. Le médecin, frappé par cet état, l'envoie à l'hôpital. Là, on reconnaît son état de faiblesse générale à la lassitude qu'il accuse, mais l'examen ne révèle aucune localisation, aussi le malade se lève, va et vient dans l'hôpital et n'est couché que dans la soirée.

Il n'accuse d'ailleurs aucune manifestation fonctionnelle, il ne vomit pas, va à la selle régulièrement, ne se plaint pas de céphalgie. Lorsque, huit jours après son entrée, il s'affaisse dans la salle dans le courant de l'après-midi. Surprise par cette manifestation, l'infirmière attire l'attention du médecin sur le malade. Celui-ci constate de la raideur de la nuque et le signe de Kernig sans autre manifestation. Le diagnostic d'état méningé est alors porté. Il est ponctionné immédiatement et les examens bactériologique, cytologique et chimique faits par le laboratoire central militaire précisent qu'il s'agit d'une méningite cérébro-spinale.

Il lui est fait aussitôt une injection de sérum. En 3 jours il en reçoit 100^{cm³}.

Après les injections, élévation de la température, réaction assez vive. Le liquide céphalo-rachidien change d'aspect sous l'influence du traitement, il devient plus clair, les polynucléaires sont remplacés par les lymphocytes et l'amélioration apparaît un peu. Le 5^e jour, on se contente de faire une large ponction évacuatrice sans injection de sérum et peu à peu le malade guérit.

Ici encore comme dans la première observation présentée, nous avons affaire à une méningite cérébro-spinale latente ne présentant les symptômes cardinaux qu'assez tard ou pour mieux parler ayant eu une période d'incubation relativement longue.

Là encore nous sommes loin du début classique, brusque et foudroyant de cette maladie.

Dans ce cas le médecin du corps pouvait assez facilement s'égarer sur le diagnostic, car à cette période de la guerre, l'entraînement des troupes dans les dépôts était intensif. Le malade, fatigué, et d'un mauvais état général, ne se plaignait de rien qui puisse aiguiller les idées, et ce n'est que la chute brusque qui a pu poser un diagnostic ferme.

Pour en revenir à notre sujet pourrait-on dans ce cas considérer le médecin comme responsable de ne pas avoir diag-

nostiqué plus tôt une affection relativement courante dans l'art médical? Evidemment non. Je le répète, le malade n'en avait au début aucun des signes.

Comme cette erreur de diagnostic n'a pas eu son origine dans une faute grossière elle ne saurait à elle seule engager la responsabilité du médecin.

Le début pouvait fort bien être comparé à une courbature fébrile et être traité comme tel, sans que le malade n'en retire évidemment aucun avantage.

Peut-être la ponction lombaire au début aurait-elle donné la lumière. Mais y avait-il bien lieu de la faire? Non, bien que le principe de la ponction lombaire dans tout état méningé soit posé d'une façon ferme, le médecin n'avait aucun droit de la pratiquer étant donné que son diagnostic n'était pas orienté vers la méningite cérébro-spinale.

Le diagnostic d'une méningite cérébro-spinale pure est habituellement facile, mais celui des formes latentes est assez complexe comme on le voit dans les deux cas précédents, le syndrome méningé apparaît tardivement et le début rappelle le tableau classique des différentes maladies, de la fièvre typhoïde, ceux d'une fièvre pernicieuse, par exemple, comme dans les observations de MM. Bonnel et Joltrain que nous allons maintenant reproduire :

OBSERVATION I

I. — Laz, du ...^e territorial, entre à l'ambulance le 3 juillet 1915 avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile et présente à son entrée un syndrome typhoïdique des plus nets.

Le début a été insidieux par céphalgie, insomnie, diarrhée, douleurs abdominales et quelques vomissements.

La température est à 40°. Le typhus est assez prononcé; la rate grosse; il y avait du gargouillement dans la fosse iliaque et malgré l'absence de taches rosées on pense à une fièvre typhoïde ou paratyphoïde.

L'Hémoculture pratiquée se montre négative; la température oscille entre 38° et 40° avec rémission matutinale pendant une dizaine de jours.

Puis la température tombe en lysis à 37° et malgré cette difervescence, l'état général reste mauvais; la langue sèche, le malade se plaint de maux de tête violents à caractère occipito-frontal.

Le 18 juillet il est pris d'un hoquet permanent et de vomissements et la présence de ces deux signes fait immédiatement penser à une complication péritonéale.

Lorsque nous examinons le malade avec le Dr Bonnel, dans le service duquel il se trouve, le 20 juillet, il paraît très prostré. La céphalée est intense, les pupilles réagissent bien à la lumière comme à l'accommodation.

Le hoquet persiste, se produisant avec régularité à une minute d'intervalle.

Le pouls est rapide, petit, mais ne présente pas ni la mollesse ni les intermittences du pouls péritonéal.

L'abdomen est rétracté en bateau. Il n'y a pas de défense de la paroi, bien que la palpation paraisse douloureuse dans toute son étendue. La matité du foie est perceptible et nous croyons, en présence de ces signes, pouvoir éviter le diagnostic de péritonite aiguë.

Ce qui attire ici notre attention c'est une légère raideur de tout le corps, surtout marquée à la nuque et aux muscles de la région lombaire, mais ces signes n'ont pas une netteté caractéristique; il nous faut cependant penser à une affection méningée et le signe de Guillain en se montrant des plus saisissants (le retrait énergique de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin) ont fait affirmer la présence d'une irritation méningée, sans pouvoir en déterminer la nature.

Il y a en outre des troubles sphinctériens évidents, incontinence d'urine et des matières fécales.

Une ponction lombaire aussitôt pratiquée, montre la présence d'un liquide nettement purulent. L'examen bactériologique vient nous tirer du doute dans lequel nous étions sur la nature de cette méningite en montrant la présence indiscutable de méningocoques.

Une injection de 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique intrarachidienne est aussitôt pratiquée. Le hoquet cesse comme par enchantement au moment même de la décompression, le liquide céphalo-rachidien sortant en jet très hypertendu.

Dès le lendemain, l'état général est meilleur, la température baisse à 37° et après quatre injections de 40, 20, 20 et 10 centimètres cubes de sérum antiméningococcique, les signes méningés disparaissent, l'état général du malade, qui nous faisait craindre l'issue fatale, s'améliore au point que, bientôt, le malade peut se lever, parler facilement, s'alimenter, et finalement guéri, pouvant sortir de l'hôpital le 23 août pour s'en aller en convalescence.

En résumé, il s'agit d'un malade qui, pendant une période de 15 jours, n'a pu être considéré comme un typhique.

Les premiers signes de méningite qui se sont manifestés donnaient les apparences d'une complication intestinale. Ce n'est que par une étude attentive des symptômes que le diagnostic de méningite aiguë fut posé.

La ponction lombaire en révélant un liquide purulent avec méningocoques permettait d'en préciser la nature.

Le malade, dont l'état des plus graves permettait de craindre une issue fatale, guérit rapidement après quatre injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique.

Dans les deux cas qui suivent, l'affection a présenté au début une allure de fièvre intermittente.

OBSERVATION II

Hand..., du ...^e Régiment d'Infanterie, âgée de 33 ans, est hospitalisée le 1^{er} avril 1915 pour courbature fébrile.

Après un examen sommaire pratiqué au service de triage, il est dirigé sur le pavillon 12 de l'ambulance 618, réservée uniquement au traitement des typhoïdiques.

Le malade, dont la santé s'est altérée depuis une dizaine de jours, se plaint de lassitude, fatigue, perte d'appétit, insomnie et céphalée.

A l'entrée, la température est de $38^{\circ}5$, le pouls à 80° . La langue est sèche, saburrale, mais n'est pas rouge à la pointe, ni sur les bords. Il existe un peu de diarrhée, le ventre est souple avec quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite.

La rate est normale. On ne constate pas de taches rosées.

Le malade est enchifréné, tousse et se plaint un peu de la gorge qui présente des signes d'angine congestive.

A l'auscultation, on trouve quelques rales de bronchite disséminés.

Un ensemencement de gorge sur sérum de bœuf coagulé donne un résultat négatif au bacille de Loeffler.

L'hémoculture pratiquée au onzième jour de la maladie, reste stérile. Le séro-diagnostic à la même époque chez ce malade qui dit avoir reçu deux injections préventives de vaccin antityphoïdique (lesquelles ne sont pas inscrites au livret) est négatif à l'Eberth et aux paratyphiques à 1/80.

En présence de cette forme un peu anormale et des renseignements négatifs fournis par le laboratoire, le diagnostic de fièvre typhoïde ou de paratyphoïde, auquel on avait songé au début, ne semble pas devoir être retenu.

Les signes pulmonaires qui s'accompagnent d'une expectoration assez abondante, font penser un instant à la tuberculose, mais il n'existe pas d'antécédents spécifiques, ni signes de localisation; de plus on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats.

A partir de ce moment, c'est-à-dire au vingt et unième jour de la maladie, s'installe un cycle fébrile assez curieux qui ressemble un peu à celui de la fièvre tierce; deux jours d'apyrexie suivis d'une ascension thermique entre 38 et 39°, dépassant même quelquefois 39°.

Le malade n'est jamais allé aux Colonies.

La recherche de l'hématozoaire de Laveran dans le sang, est négatif.

A la diarrhée du début fait suite un certain degré de constipation; la langue reste blanche, étalée, non rotie.

Après avoir éliminé successivement la dothiéntérie, la tuberculose, la diphtérie, le paludisme, on en était réduit aux conjectures, quand en examinant ce malade au quarante et unième jour on découvre par hasard une certaine raideur des muscles et de la nuque en même temps qu'un signe de Guillain positif, des plus exacts.

L'investigation se poursuit alors attentivement au point de vue méningé sans que le malade ait attiré notre attention de ce côté. Quand on l'interroge, il accuse bien un peu de céphalée, mais il ne paraît pas en être très incom-

modé. Il existe un Kernig à peine ébauché, signe de Brudzinski assez net. Pas de troubles oculaires.

La ponction lombaire (2 mai), donne un liquide louche; peu hypertendu, très albumineux, contenant de nombreux polynucléaires peu altérés et des meningocoques.

On injecte aussitôt du sérum de Dopter aux doses journalières décroissantes de 40, 30, 20 et 10 centimètres cubes. A partir de ce moment les phénomènes méningés s'amendent rapidement, la température tombe à la normale et le malade quitte l'ambulance trois semaines après, complètement guéri.

Deux faits sont à retenir dans cette observation : Haud... est arrivé avec des signes d'angine érythémateuse au dixième jour de sa maladie et n'a présenté les premiers symptômes cliniques de méningite cérébro-spinale que vers le quarante et unième jour, c'est-à-dire après un mois de séjour dans une salle de typhoïdiques où jamais aucun malade atteint d'affection méningée n'avait pénétré. La recherche du meningocoque dans le rhino-pharynx des deux voisins de lit ayant été négative, le malade hébergait donc le meningocoque de Weichselbaum lorsqu'il a été admis à l'hôpital.

Il n'est pas déraisonnable de penser que l'infection par le meningocoque du liquide céphalo-rachidien a suivi de très près l'entrée du malade à l'hôpital, et ne fut pas la véritable cause des premiers symptômes accusés par le malade. Haud... se plaignait déjà d'un certain degré de céphalée qui n'a pas augmenté, jusqu'au moment où fut pratiquée la première ponction lombaire.

La température, qui s'est installée dès le début, n'a subi que des rémissions de courte durée se rapprochant ainsi du type tierce.

OBSERVATION III

Cette dernière est due à MM. Saias et Devin.

Nos..., âgé de quarante-quatre ans, entre le 20 juillet 1915 à l'hôpital de L.-en-B., avec des symptômes d'embarras gastrique fébrile, datant de quatre à cinq jours, mais avec céphalée intense.

Ces symptômes se continuent jusqu'au 13 août. Entre temps le malade a des poussées thermiques avec frissons, rappelant les accès paludéens.

Le 13, on note un peu de raideur dans la nuque avec ébauche de Kernig. La ponction lombaire pratiquée le même jour donne un liquide trouble : injection de 20 centimètres cubes de sérum, renouvelée le lendemain à la dose de 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique, renouvelée le lendemain à la dose de 30 centimètres cubes.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué par M. Grisez au laboratoire de l'armée montre la présence de méningocoque.

A la suite de ces injections, chute de température et amendement rapide de tous les symptômes.

Le malade sort complètement guéri le 10 septembre.

Dans ce dernier cas, le tableau clinique pendant vingt jours fut celui d'accès de paludisme. La recherche de l'hématozoaire avait été négative.

Les premiers signes méningés firent leur apparition tardivement. La guérison fut rapide après traitement par le sérum antiméningococcique.

Dans ces trois cas, il était de toute évidence que ce sont des formes anormales de méningite cérébro-spinale. Ces derniers cas cités peuvent-être rapprochés des formes à poussées successives déjà signalées par M. Netter et Debré. Frappés par cette intermittence les anciens auteurs avaient rapproché ces formes des fièvres intermittentes palustres et avaient déjà insisté sur le diagnostic différentiel entre la méningite épidémique et la malaria pernicieuse.

En période d'épidémie il convient de se montrer attentif dans l'examen des malades atteints de syndromes septicémiques et la nécessité devant n'importe quel symptôme, si fruste soit-il, pouvant faire soupçonner la participation des méninges de pratiquer la ponction lombaire.

Dans tous ces cas la ponction lombaire faite dès le début même sans aucun symptôme méningé, aurait-elle ramené un liquide céphalo rachidien trouble et présentant tous les caractères d'une affection méningococcique ?

Ce n'est pas sûr. Rien ne peut nous le prouver, car elle n'a pas été faite dans aucun des cas.

En supposant que notre sujet soit atteint de méningite

méningococcique au moment de sa chute de bicyclette, est-ce cette affection qui a pu motiver la chute? ce n'est pas probable car notre malade n'a présenté qu'une légère obnubilation et n'a donné comme autre symptôme qu'une légère élévation thermique pendant toute l'évolution de sa maladie il n'a présenté aucun vertige.

Si comme nous le disons au début de ce chapitre, notre malade était atteint de méningite cérébro-spinale au moment de l'accident, le médecin tombe-t-il sous le coup de la loi et sa responsabilité peut-elle être engagée, du fait de ne pas avoir mis en jeu le traitement habituel qui aurait pu sauver le malade ?

Nous ne le pensons pas, car le malade ayant été examiné selon les règles de l'art et n'ayant présenté aucun symptôme d'état méningé, le médecin n'a pas commis une faute grossière étant donné que l'affection présentait une forme anormale, dont l'origine ne pouvait être décélée que par la ponction lombaire qui dans ce cas n'avait pas lieu d'être pratiquée.

Le médecin a fait son devoir en se tenant sur l'expectative en observant son malade et l'examinant tous les jours, jusqu'au moment où son diagnostic peut être posé d'une façon ferme et un traitement énergique mis en jeu.

CHAPITRE IV.

Notre malade étant atteint de méningite cérébro-spinale, le traumatisme occasionné par la chute de bicyclette a-t-il aggravé la maladie ? Ici nous tombons dans le domaine de l'hypothèse et il nous sera difficile de donner à ce sujet des idées précises sur une seule observation de ce genre.

Rien jusqu'alors n'a été signalé de semblable dans cette affection. Nous connaissons toute l'action du traumatisme sur les maladies infectieuses, sur les infections et même sur tous les groupes de maladies quelles qu'elles soient.

En général le traumatisme a une influence néfaste, mettant en jeu toutes les capacités virulentes (si je puis parler ainsi) du microbe qui a produit l'infection, celui-ci subit un regain de vitalité, se développe mieux, se multiplie dans de meilleures conditions et émet des décharges fréquentes de toxines que l'organisme ne peut arriver à éliminer et qui l'oblige à succomber sous la charge.

Ces microbes se localisent dans tous les organes vitaux, empoisonnent littéralement l'organisme.

D'un autre côté les leucocytes surchargés de travail ne peuvent phagocyter cette multitude de bacilles ; ils succombent eux aussi ; d'autre part ils ont subi de la part du traumatisme une sorte d'inhibition, ils sont en quelque sorte étourdis, restent inertes, laissant le bacille faire son terrible travail et amener rapidement la mort du malade.

D'une maladie infectieuse relativement bénigne le traumatisme en fait, dans la grande majorité des cas, une affection assez souvent fatale.

Nous pourrions remarquer cette influence néfaste dans tous les groupes de maladies amicrobiennes.

Nous savons depuis longtemps, qu'un choc articulaire chez un goutteux peut déterminer un accès ; dans les infections même influence, une contusion du thorax, suivie ou non de plaies pénétrantes, a été maintes fois citée à l'origine des pneumonies, pneumonies qui présentent même des caractères spéciaux ; les symptômes tiennent à la fois de ceux de l'hépatisation vraie, franche aiguë et de ceux de la bronchopneumonie.

La marche est plus irrégulière, le point de côté par exemple manque très souvent, la guérison plus fréquente ; la violence du coup, l'âge, l'état du blessé, influencent le pronostic ; enfin la gangrène, la suppuration des viscères de la respiration seraient moins exceptionnelles que dans les inflammations lobaires spontanées.

Quels que soient les caractères de ces hépatisations, elles n'en sont pas moins dues ordinairement au pneumocoque logé presque toujours dans toute l'étendue de l'arbre bronchique.

Là encore le microbe incriminé a donc subi du fait du traumatisme une impulsion ; il s'est trouvé dans les meilleures conditions pour mettre en œuvre son pouvoir pathologique et l'organisme n'ayant pu résister devant son attaque, s'est laissé envahir.

Sans lui il est assez rare d'obtenir une exsudation fibreuse véritable.

Le traumatisme, là comme dans les autres exemples que nous citons n'est toujours qu'une cause occasionnelle, celle qui dans ce cas particulier intervient en affaiblissant la résistance des tissus, des cellules, en produisant des désordres vaso-moteurs, en changeant le milieu chimique.

L'expérience de Max Schüller ne peut-elle pas jusqu'à un certain point être invoquée, cet auteur réalisa traumatiquement des tumeurs blanches ou des localisations bacillaires différentes chez des sujets tuberculeux.

Ne connaissons-nous pas la terrible recrudescence que prend la tuberculose pulmonaire après une intervention chirurgicale évoluant vers la granulie et la mort rapide du malade.

Sous un même ordre d'idées Perroud a signalé la fré-

quence de la tuberculose chez les mariniens du Rhône, c'est-à-dire, chez des individus que la vie au grand air semblerait devoir préserver.

Or Perroud attribue cette fréquence de la tuberculose et sa localisation sous claviculaire à une circonstance spéciale, le choc par la gaffe.

Injectez dans la circulation générale d'un animal sain, dit Bouchard des streptocoques, des staphylocoques, la plupart du temps il n'en résultera aucun trouble appréciable; mais faites précéder ces injections de dilacération des valvules endocarditiques, de cautérisations du péricarde, d'irritation du péritoine, de fractures, d'entorse, vous pourrez voir survenir des endocardites, des péricardites, des péritonites, des ostéomyélites et des arthrites.

Nous avons donc ici toute une série d'exemples, nous montrant que le traumatisme intervient toujours, soit dans l'éclosion d'une maladie, soit dans son évolution, là il détermine une localisation sur l'organe traumatisé, ailleurs une infection générale.

Dans la méningite cérébro-spinale a-t-il cette influence? Nous ne pensons pas ; nous nous sommes trouvés en présence d'une méningite très grave, puisqu'elle a amené la mort de notre patient assez rapidement, méningite à évolution anormale, mais pour laquelle le traumatisme n'était pas intervenu.

D'après nos connaissances actuelles sur les relations entre les maladies infectieuses et le traumatisme, nous pourrions invoquer la gravité de l'affection ; mais il ne faut pas perdre de vue que notre traitement fut institué au moment où déjà le malade déclinait, les réactions favorables qui auraient pu être amenées par les injections du sérum ne se sont pas produites étant donnée la profonde atteinte de l'organisme.

Nous pouvons conclure de notre affection première, c'est que nous avons affaire à un malade en puissance de méningite cérébro-spinale latente que le traumatisme ne doit pas avoir aggravée.

CHAPITRE V.

Le traumatisme a-t-il déterminé l'éclosion d'une méningite cérébro-spinale chez un sujet en apparence sain, c'est-à-dire chez un porteur de germe? Là encore le domaine de l'hypothèse; nous n'avons d'ailleurs pas l'intention de faire la pathogénie ainsi que l'allure clinique de la méningite cérébro-spinale traumatique.

A son entrée à l'hôpital, notre malade présentait quelques troubles nerveux qu'il mettait sur le compte de l'émotion, il était surtout obnubilé, sans autre symptôme de choc nerveux.

Le choc nerveux n'est autre qu'une inhibition à laquelle se joint toujours un élément psychique, qui est un facteur important de dépression nerveuse.

Cette inhibition est due à une excitation des nerfs pré-fériques. Elle se porte sur tout le bulbe et amène une forte hypotension artérielle mettant nos organes en quelque sorte dans l'asphyxie.

Notre sujet était manifestement dans un léger état de choc, or pouvant être porteur de germe, ceux-ci se sont trouvés dans de meilleures conditions et ont pu envahir plus facilement par les filets nerveux de l'olfactif les espaces sous-arachnoïdiens.

L'on peut rapprocher de cette théorie les expériences de Duclert et Charries.

Ils ont déterminé une série de lésions traumatiques tantôt en exerçant sur un organe une pression plus ou moins accentuée, tantôt en le perforant ou le délacérant à l'aide

d'un instrument stérile. Ces lésions réalisées ils ont injecté des germes pyocyaniques dans les vaisseaux puis ils ont semé les tissus altérés et comparativement ceux qui n'avaient pas été offensés.

Dans l'immense majorité des cas le viscère blessé renfermait pour des volumes égaux beaucoup plus de microbes que l'organe similaire.

Ils ont même constaté que ces détériorations traumatiques pouvaient agir au delà de la zone directement intéressée.

Ils ont vu en effet que si l'on pratique des ignipunctures suffisantes dans la région lombaire sans toucher aux reins d'une façon apparente l'organe urinaire sous jacent à cette ignipuncture est plus riche en microbes que celui du côté opposé.

Peut-on rapprocher ces exemples de notre malade jusqu'à un certain point, oui, s'il portait des méningocoques, car son système nerveux avait certainement été ébranlé par la chute, il ne portait des plaies qu'à la tête ; mais hélas nous n'avons qu'une observation et plusieurs seraient nécessaires pour affirmer cette théorie.

CHAPITRE VI.

Dans les conditions que nous avons déterminées et vu les choses que nous savons du déterminisme et de l'évolution de la méningite cérébro-spinale la famille du défunt pouvait-elle inquiéter les médecins qui avaient fait trop tard le diagnostic de méningite cérébro-spinale ?

Non. La responsabilité des docteurs en médecine est soumise à l'application du principe général formulé par l'article 1382 du Code Civil : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ». Mais il subit une restriction légitime à raison de la présomption de capacité conférée au docteur par son diplôme obtenu après les épreuves réglementaires.

Le médecin doit-être déclaré responsable, non pas des erreurs qu'il peut commettre de bonne foi dans l'exercice de sa profession, mais de sa négligence ou de sa légèreté. L'erreur dans le diagnostic d'une maladie, ne saurait à elle seule engager la responsabilité du médecin si elle n'a pas son origine dans une faute grossière et si le diagnostic a été fait selon les règles de l'art, le médecin ne pouvant être responsables des obscurités ou des imperfections de la science qu'il applique.

Toutefois, l'ignorance évidente de choses que l'homme de l'art doit connaître est de nature à engager sa responsabilité.

Il y a faute de la part du Médecin lorsqu'il néglige de donner les soins usuels, lorsqu'il ne donne pas au traite-

ment l'attention nécessaire, lorsqu'il se livre à la légère à des expériences risquées, lorsqu'il commet des fautes contre les règles scientifiques établies.

L'appréciation de la faute du Médecin doit se faire suivant les règles générales de bon sens et de prudence auxquelles est soumise la profession médicale.

Mais il y a lieu pour les tribunaux saisis d'une action en responsabilité contre un médecin à l'occasion d'une faute à lui imputée dans l'exercice de sa profession, de se refuser à la discussion des théories et de s'en remettre à l'avis d'experts versés dans la science de la médecine.

Et encore convient-il de n'ordonner l'expertise, sur la prétendue faute que si elle est de nature à porter sur des faits précis et bien définis, sur lesquels les experts peuvent se former une opinion personnelle sans être obligés de recourir aux témoignages de tiers.

En résumé, la jurisprudence admet la responsabilité du médecin en cas de faute, celle-ci constituée notamment par la légèreté, la négligence ou l'ignorance des choses qu'il n'est pas permis de ne pas connaître.

Encore généralement les tribunaux ne retiennent-ils guère que la faute lourde.

La question qui nous occupe se résume en ceci : Il est constant que le médecin a commis une erreur de diagnostic, mais ou bien celle-ci est excusable (ce qui est le cas), ou bien le médecin a témoigné soit d'une ignorance impardonnable, soit d'une négligence coupable en ne mettant pas en œuvre tous les moyens que la science lui offre pour se renseigner. (ponctions, analyses, etc...)

Dans ce second cas, sa responsabilité paraît nettement engagée, cependant seuls les experts médecins peuvent apprécier ce que le médecin a fait ou n'a pas fait.

Il est bien certain que l'erreur du diagnostic est pardonnable, le médecin n'avait aucun droit, je le répète encore, de pratiquer une ponction lombaire : le diagnostic d'état méningé n'ayant pas été posé.

En toute conscience, ce médecin n'était aucunement responsable du décès de son malade.

CONCLUSIONS

1°) Il existe des méningites cérébro-spinales latentes.

2°) Pendant cette période dite de latence le diagnostic de méningite cérébro-spinale est toujours difficile, souvent impossible.

3°) Le traumatisme ne paraît pas avoir exagéré les symptômes de méningite dans la période de latence.

4°) Le médecin placé en face de la période de latence est excusable et doit même quelquefois différer son diagnostic. Sa responsabilité est donc nulle s'il ne précise pas, à cette période, l'état de son malade.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Le Président de la Thèse,
Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Paris, le 6 octobre 1920,

Le Recteur,
APEL.

